

**DATENBLATT**

**zur Ausstellung der Registrierungsbestätigung bzw. zur Anmeldung des ersten Wohnsitzes**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Füllt die Behörde aus!***  Datum der Ausstellung des Dokuments: | | | Automatische Aktennummer: ׀\_׀\_׀\_׀\_׀\_׀\_׀\_׀\_׀\_׀\_׀ | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_ Tag | | |  | | | | | |
| **Die rechtliche Grundlage für die Ausstellung des Zertifikats:** | | |  | | | | | |
| Einkommenserwerb  Studienzweck | | |  |  | | | |  |
| Familienangehörige  sonstiges | | |  |  | | | |  |
|  | | |  |  | | | |  |
| **Telefonnummer des Antragstellers:** | | |  | [Eigenhändige Unterschriftsprobe des Antragstellers (des gesetzlichen Vertreters)] | | | |  |
| **E-Mail-Adresse des Antragstellers:** | | |  | Die Unterschrift muss voll und ganz innerhalb des Rahmens liegen! | | | |  |
| **1. Personenbezogene Daten des Antragstellers** | | | | | | | | |
| **Familienname (laut Reisepass):** | | | **Vorname (laut Reisepass):** | | | | | |
| Familienname bei der Geburt: | | | Vorname bei der Geburt: | | | | | |
| **Vor- und Familienname der Mutter bei der Geburt:** | | | **Geschlecht**:  männlich  weiblich | | | **Familienstand:**  ledig  verwitwet | verheiratet  geschieden | |
| **Geburtsdatum:**       **Jahr       Monat**       **Tag** | | Geburtsort (Siedlung): | | | Land: | | | |
| **Staatsangehörigkeit:** | | | Nationalität (muss nicht ausgefüllt werden): | | | | | |
| **2. Daten des Reisedokuments des Antragstellers** | | | | | | | | |
| **Art des Reisedokuments**: | Reisedokument   Personalausweis | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nummer des Reisepasses / Personalausweises**.: | |  | |
| **Art des Reisepasses:** | privater Reisepass | Dienstpass | Diplomatenpass |
|  | sonstiges, und zwar: |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum und Ort der Ausstellung:** |  | | | | | |  | |
| Land:  Siedlung: |  | | | | | | | |
| Datum der Ausstellung: | Jahr       Monat      Tag | | | | | | | |
| Gültigkeitsdauer: | Jahr       Monat      Tag | | | | | | | |
| **3. Daten der Unterkunft des Antragstellers in Ungarn** | | | | | | | | |
| Postleitzahl: | |  | | | | | | |
| Siedlung: | | Stadtbezirk: | | | | | | |
| Name der Straße bzw. des Platzes: | | |  | | | | | |
| Art der Straße bzw. des Platzes  (út, utca, tér usw.): | | |  | | | | | |
| Hausnummer / Parzellennummer: | | |  | | | | | |
| Gebäude: | Treppenhaus: | | | | Etage: | Tür: | | |
| **Rechtsgrundlage der Anmeldung bei der Wohnanschrift bei der Anmeldung des ersten Wohnsitzes:**  Ich erkläre, dass ich bezüglich der aufgeführten Wohnung über ein Eigentumsrecht verfüge.  Ich lege die Zustimmungserklärung des Eigentümers der aufgeführten Wohnung oder der unter einem anderen Rechtstitel zur Nutzung der Wohnung berechtigten Person bei. | | | | | | | | |
| **4.** **Sonstige Daten** | | | | | | | | |
| **Verfügen Sie für die Dauer Ihres Aufenthalts in Ungarn über eine umfassende Krankenversicherung?** | | | | | | | | |
| Ja.    Nein, ich verfüge über die finanziellen Mittel zur Deckung der Kosten. | | | | | | | | |
| **Leiden Sie Ihres Wissens nach an einer eine Heilbehandlung erfordernden HIV/AIDS-Erkrankung bzw. an den ansteckenden Krankheiten Tbc, Hepatitis B, Syphilis, Lepra oder Bauchtyphus bzw. tragen Sie in Ihrem Organismus den HIV-Virus bzw. die Krankheitserreger für Hepatitis B sowie Bauchtyphus oder Paratyphus?** | | | | | | | | |
| Ja | | Nein | | | | | | |
| **Erhalten Sie eine verbindliche und regelmäßige medizinische Versorgung, wenn Sie an den obigen Krankheiten leiden oder ansteckungsfähig sind bzw. sich im Zustand eines Trägers von Krankheitserregern befinden?** | | | | | | | | |
| Ja | | Nein | | | | | | |
| **Ihr ständiger oder gewöhnlicher Aufenthaltsort vor Ihrer Ankunft in Ungarn:**  Land:       Siedlung:  Name der Straße bzw. des Platzes: | | | | | | | | |
| **In welches Land reisen Sie weiter, wenn Sie die Ausübung des Aufenthaltsrechts aufgeben, bzw. nach dem Erlöschen Ihres ständigen Aufenthaltsrechts?**  Land: | | | | | | | | |
| **Ich erkläre, dass die oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.** | | | | | | | | |
| Datiert: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Unterschrift) | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| Bei einer Zahlung durch elektronische Zahlungsmittel oder Einzahlung bei der Bank – Transaktionsnummer der Zahlung: | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Füllt die Behörde aus!** | | | |  |
|  | | | |  |
| Ich genehmige für den Antragsteller die Ausstellung der Registrierungsbestätigung. | | | | |
| Datum: ............................................................. | | ...................................................  (Unterschrift, Stempel) | | |
| Nummer der erteilten Registrierungsbestätigung: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Die Registrierungsbestätigung habe ich übernommen. | | | | |
| Datum: ............................................................. | | | ................................................... (Unterschrift des Antragstellers) | |